

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement à caractère personnel.

N° W21-633164

(B3636)

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1750		Société : RAN	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ASIB FAYE JIA			
Date de naissance : 20/11/1950			
Adresse : Hôpital			
Tél. 0522 399857 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : Age :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASAB

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/11/2022

RAN

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14-10-22	21'30 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

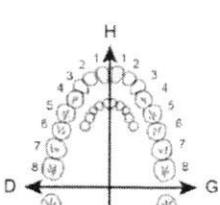
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



HET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Lda. Manuela Gutiérrez Gómez de Merodio
C/ZARAGOZA Nº 13

Sevilla

DNI/NIF:28511579C Fecha: 14/10/22 17:41

Tfno: 954228866 Factura simpl.: D-009630

Descripción	Ap	IMP	Cd	PVP	Import
FLORABIOTIC LA VL	10,00	1	12,45	12,45	
OPTIONALERG COLI VL	4,00	1	8,85	8,85	

T.Dispensado IMP 21,30 21,30

Total 21,30

IMP INCLUIDO

DESGLOSE IVA:

IMP	0%	4%	10%	21%
BASE	0,00	8,51	11,32	0,00
CUOTA	0,00	0,34	1,13	0,00
TOTAL	0,00	8,85	12,45	0,00

Gracias por su visita

Consulte a su Farmacéutico

Le recordamos que no está permitida
la devolución de medicamentos según
el RDL 1/2015 del 24 de julio

NS | Nutritional System

FloraBiotic

Lax

PROBIÓTICO CON FIBRA Y PLANTAGO OVATA



CONTRIBUYE
AL TRÁNSITO
INTESTINAL*



SUPERVIVENCIA
GARANTIZADA
de las cepas

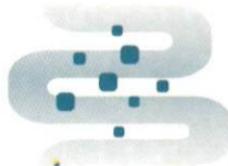
FOS Actilight®, Plantago ovata* y Bifidobacterium lactis



12 Sobres



Tomar
con agua



cinfá

NS | Nutritional System

FloraBiotic

Lax

PROBIÓTICO CON FIBRA Y PLANTAGO OVATA



CONTRIBUYE
AL TRÁNSITO
INTESTINAL*



SUPERVIVENCIA
GARANTIZADA
de las cepas

FOS Actilight®, Plantago ovata* y Bifidobacterium lactis



12 Sobres



Tomar
con agua



cinfá

Cinfa

+ Nafazolina hidrocloruro
Antazolina fosfato
Colirio en solución
5mg/ml + 0,25mg/ml
Optialerg

Optialerg

5mg/ml + 0,25mg/ml
Colirio en solución

Antazolina fosfato
+ Nafazolina hidrocloruro

- Alivio temporal de la irritación, enrojecimiento y congestión ocular leve de origen alérgico para adultos y adolescentes mayores de 12 años.

- Desechar el producto **30 días** después de haber desprecintado y abierto el envase.

Fecha de apertura:

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /